



Puede llegar ahí desde aquí

ESCUELAS DEL MUNICIPIO DE PEMBERTON

Requisitos de inscripción para estudiantes

Lleve con usted los siguientes documentos para la inscripción.

Todos los niños que quieran inscribirse deberán tener lo siguiente:

- Certificado de nacimiento (*debe tener un sello en relieve*)
- Libreta de vacunación
- Comprobante de residencia (consulte abajo)
- Página de confirmación de la inscripción previa en línea

Si se transfieren de una escuela dentro del estado:

- Tarjeta de transferencia

Si se transfieren de una escuela fuera del estado:

- Boletín o documentación de calificaciones actuales de la escuela de origen

Si esta es la primera vez que inscriben al estudiante en una escuela pública

- Registro de salud universal infantil (*debe estar firmado y sellado por el médico del estudiante*)

Comprobante de residencia - Brinde todos los documentos que se indican a continuación según su tipo de residencia:

Propietarios

- Uno (1) de los siguientes documentos:

Boleta de impuesto a la propiedad, escritura, contratos de venta, hipoteca, boleta de impuestos del municipio (agua, alcantarillado, residuos, etc.)

Inquilinos

- Contrato de alquiler

Militar que reside en vivienda de la base

- Permiso o contrato de la autoridad de vivienda

Nota: Se hará cumplir la elección escolar para el personal militar.

Residencia con un residente del municipio de Pemberton

- Uno (1) de los siguientes documentos:

Los residentes que sean propietarios de la vivienda deberán presentar una "Declaración jurada de domicilio" y brindar un comprobante de residencia como propietario (consultar arriba).

Los residentes que alquilen la vivienda deberán brindar una copia de su contrato de alquiler y un apéndice del arrendador en el que se indiquen las personas adicionales que vivan en la propiedad.

- Tres (3) de los siguientes documentos (*debe indicarse al menos un tutor en cada inciso*):

Registro del votante, licencias, permisos, información sobre cuentas financieras, boletas de servicios públicos (luz, gas, cable, etc.), recibos de entrega y otros comprobantes de conexión personal con la dirección de residencia.

Tutela

- Todos los documentos legales que correspondan a la custodia educativa o residencial.

TELÉFONO: 609-893-8141, ext 1031 FAX: 609-726-5660 CORREO ELECTRÓNICO: hvargas@pemb.org
Oficina: One Egbert Street, Pemberton, Nueva Jersey 08068 • www.pemberton.k12.nj.us

La comunidad educativa de Pemberton: en busca de la excelencia, un niño a la vez



ESCUELAS DEL MUNICIPIO DE PEMBERTON

Nombre del estudiante _____

El Distrito Escolar del Municipio de Pemberton me ha informado a mí, _____, que solo puedo inscribir a estudiantes en las Escuelas del Municipio de Pemberton si soy residente del municipio de Pemberton.

Sé que cualquier persona que haga una declaración falsa o permita que se hagan declaraciones falsas con el objetivo de permitir que un estudiante no residente asista a las Escuelas del Municipio de Pemberton estará cometiendo un delito de alteración del orden público de conformidad con los Estatutos Revisados de Nueva Jersey, artículo 18A: 38-1 y podrá quedar sujeta a un proceso legal.

Autorizo a las Escuelas del Municipio de Pemberton a investigar y confirmar todas las declaraciones que haya hecho en la inscripción del estudiante que se indica arriba. Si algún dato es falso, sé que la inscripción en las Escuelas del Municipio de Pemberton se dará por finalizada.

A. Al escribir mis iniciales, estoy declarando lo siguiente:

Inicial uno

- 1. Soy residente del municipio de Pemberton _____
- 2. Estoy viviendo temporalmente en el municipio de Pemberton con un residente _____

B. Al escribir mis iniciales, estoy declarando que soy lo siguiente:

Inicial uno

- 1. Padre/Madre/Tutor _____
- 2. Padre/Madre/Tutor con custodia residencial (se presentó documentación) _____
- 3. Único cuidador (no soy el padre/la madre/el tutor) por dificultades económicas o familiares _____

B. Al escribir mis iniciales, estoy declarando que entiendo lo siguiente:

Inicial

- 1. Cualquier cambio en la residencia o en la custodia se informará de inmediato. _____

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Oficial del distrito

Fecha

Distrito Escolar del Municipio de Pemberton
ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Como la salud de un niño puede afectar su capacidad para aprender en la escuela, le pedimos que ayude al personal de la escuela brindando la siguiente información:

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ M _____ F _____

INFORMACIÓN DE SALUD ACTUAL - Responda todas las siguientes preguntas marcando SÍ o No

S	N	¿Está su hijo(a) bajo el tratamiento de un médico por un problema médico o quirúrgico?
S	N	¿Tiene su hijo(a) alguna limitación o restricción física?
¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes afecciones?		
<i>Maque con un círculo.</i>		<i>En caso afirmativo, indique la fecha, detalles y medicamentos.</i>
S	N	Asma
S	N	TDA o TDAH (marque con un círculo)
S	N	Alergia o sensibilidad a un medicamento (marque con un círculo)
S	N	Alergia o sensibilidad a picaduras de abejas (marque con un círculo)
S	N	Alergia o sensibilidad a un alimento (marque con un círculo)
S	N	Diabetes
S	N	Infecciones frecuentes en el oído
S	N	Infecciones frecuentes en la vejiga o el riñón
S	N	Sangrados nasales frecuentes
S	N	Trastorno convulsivo
S	N	Dolores de cabeza
S	N	Presión arterial alta
S	N	Cardiopatías
S	N	Traumatismo/Lesión en la cabeza que requiere tratamiento médico
S	N	Antecedentes de desmayos al practicar actividad física
S	N	Operaciones (sin contar puntos por cortes)
S	N	Fracturas (huesos rotos) o dislocaciones
S	N	Problemas del habla
S	N	Inquietudes sobre salud mental
S	N	Necesidad de un audifono, un implante o tubos para oídos/Inquietudes sobre la audición
S	N	Usa anteojos o lentes de contacto/Inquietudes sobre la visión
S	N	Cualquier enfermedad crónica/grave que no se haya mencionado arriba
S	N	*Medicamentos en la casa o en la escuela

**Si se necesitan medicamentos en la escuela, DEBE llevarlos a la oficina de salud en su envase original con la orden del médico. El padre, la madre o el tutor del niño(a) deberá completar el formulario Permiso de medicamentos del estudiante. Las órdenes de medicamentos DEBEN renovarse TODOS los años; de lo contrario, el estudiante no podrá participar en NINGUNA actividad (después de la escuela, excursiones, etc.)*

S	N	**Tylenol/Acetaminofeno (acetaminophen) o Motrin/ibuprofeno (ibuprofen) administrado por el personal de enfermería cada 4-6 horas.
---	---	---

***Nuestro médico escolar tiene órdenes por escrito para que el personal de enfermería administre la dosis recomendada del fabricante del medicamento de venta libre Tylenol/acetaminofeno o Motrin/ibuprofeno cada 4-6 horas según sea necesario en caso de dolor/ fiebre con su permiso según la evaluación del personal de enfermería. Al firmar este formulario, exime al personal de la Junta de Educación del municipio de Pemberton y del distrito escolar de todo tipo de responsabilidad*

Entiendo que la información relevante sobre la salud de mi hijo(a) se puede compartir con el personal de la escuela adecuado y otros proveedores de atención médica según sea necesario. En caso de enfermedad o lesión grave, solicito que la escuela o el médico indicado me llamen. Si ninguno está disponible, autorizo a la escuela a hacer todos los arreglos necesarios para obtener atención de emergencia para mi hijo(a), incluso trasladar a mi hijo(a) al hospital. También llamaré a la escuela cuando mi hijo(a) se ausente.

Firma: _____

Fecha: _____

Teléfono particular: _____

Celular: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono del médico: _____



ESCUELAS DEL MUNICIPIO DE PEMBERTON

Estimado(a) padre, madre o tutor:

En el código del Departamento de Educación (Department of Education) de Nueva Jersey, se establece que el examen médico de cada estudiante deberá realizarse en el “hogar médico” (médico de cabecera) y deberá registrarse en un formulario provisto por la escuela. Si el estudiante no tiene un “hogar médico” (médico de cabecera), el distrito deberá brindar este examen en el consultorio médico de la escuela u otro centro adecuado. En Southern Jersey Family Medical Center, se realizan exámenes físicos y se prestan otros servicios médicos. Puede programar una cita llamando al 1-800-486-0131. El “hogar médico” de un estudiante hace referencia al proveedor de atención médica y al consultorio de práctica de ese proveedor que eligieron los padres o el tutor del estudiante para la prestación de servicios de atención médica.

Se deberá examinar a cada estudiante como se EXIGE a continuación:

1. Todos los estudiantes de entre 3 y 5 años después de su entrada inicial a la escuela (la entrada inicial puede ser en un preescolar o jardín de infantes dentro del estado de Nueva Jersey).
2. Todos los estudiantes nuevos que vengan de otros estados en un plazo de 30 días desde su entrada.
3. Los estudiantes de 6.º a 12.º grado que participen en actividades deportivas (internas o interescolares).

Consulte al personal de enfermería de la escuela sobre el formulario específico que debe utilizarse o descárguelo del sitio web del distrito.

*(Los estudiantes que se transfieran de otros países deberán someterse a un examen de tuberculosis. El personal de enfermería de la escuela le informará si este es el caso de su hijo[a]).

Se recomiendan los siguientes exámenes físicos:

1. De conformidad con una evaluación integral del Equipo de estudio del niño (Child Study Team), si lo recomiendan.
2. Durante la preadolescencia del estudiante, de cuarto a sexto grado.
3. Durante la adolescencia, de séptimo a duodécimo grado.

Si no tiene un proveedor médico (médico de cabecera) para su hijo(a), comuníquese con el personal de enfermería de la escuela para obtener información. Gracias por su colaboración.

Instrucciones para completar el registro de salud universal infantil (CH-14)

Sección 1: Padres

Pida al padre, la madre o el tutor que complete la sección de arriba y firme el consentimiento para que el proveedor de cuidado infantil o el personal de enfermería de la escuela puedan analizar cualquier información de este formulario con el proveedor de atención médica.

La casilla sobre el WIC solo debe marcarse si este formulario se enviará a la oficina de WIC. El WIC es un programa de nutrición complementaria para mujeres, bebés y niños que provee alimentos nutritivos, educación nutricional, derivaciones médicas y apoyo a la lactancia para familias elegibles según sus ingresos. Para obtener más información sobre el WIC en su área llame al 1-800-328-3838.

Sección 2: Proveedor de atención médica

1. Ingrese la fecha del examen físico que se está usando para completar el formulario. Indique las anomalías significativas, en especial si el menor necesita tratamiento para esa anomalía (p. ej., cremas para eccema, medicamentos de asma para las sibilancias, etc.).

- **Peso:** indique libras y kilogramos. Si el formulario se utiliza para el WIC, el peso se debe haber controlado en los últimos 30 días.
- **Estatura:** indique pulgadas y centímetros. Si el formulario se utiliza para el WIC, la estatura se debe haber controlado en los últimos 30 días.
- **Perímetro encefálico:** regístrelo solo si el menor tiene menos de dos años.
- **Presión arterial:** regístrela solo si el menor tiene tres años o más.

2. **Vacunación:** se puede adjuntar una copia de la libreta de vacunación. Si necesita un formulario en blanco para ingresar las fechas de las vacunas, puede solicitar un suministro de tarjetas para libretas de vacunación personales (IMM-9) al Programa de enfermedades prevenibles mediante vacunación (Vaccine Preventable Diseases Program) del Departamento de Salud de Nueva Jersey al 609-826-4860.

- La libreta de vacunación se debe adjuntar para que el formulario sea válido.
- La "fecha de la próxima vacunación" es opcional, pero ayuda a los proveedores de cuidado infantil a asegurarse de que los niños a su cargo estén al día con las vacunas.

3. **Afecciones médicas:** indique cualquier afección médica actual que pueda impactar en la salud y el bienestar del menor en el entorno de cuidado infantil o la escuela

- a. Especifique cualquier afección médica significativa o antecedente quirúrgico importante. **Si el menor tiene una afección médica compleja, se debe completar y adjuntar un plan de cuidados especiales para cualquiera de los recuadros de problemas médicos a continuación.** Puede descargar un plan de cuidados genérico (CH-15) en www.nj.gov/health/forms/ch-15_dot.pdf. Puede solicitar copias en papel del formulario CH-15 a la División de Servicios de Salud Familiar (Division of Family Health Services) al 609-292-5666

- b. **Medicamentos:** especifique los medicamentos actuales. Incluya cualquier medicamento que se administre en el hogar si puede afectar la salud del menor mientras se encuentra en el entorno de cuidado infantil (medicamentos anticonvulsivos, cardíacos o para el asma, etc.). No es necesario indicar en este formulario los medicamentos a corto plazo, como los antibióticos. Los antibióticos a largo plazo, como aquellos para infecciones urinarias o profilaxis de la anemia falciforme, **deben** incluirse

Los medicamentos PRN son aquellos que se administran solo cuando es necesario y deberían tener pautas sobre los factores específicos ante los que se deben administrar

Especifique qué medicamentos de venta libre recomienda e incluya información para los padres y el proveedor de cuidado infantil sobre la dosis, vía de administración, frecuencia y posibles efectos secundarios. Muchos proveedores de cuidado infantil pueden requerir formularios de permiso separados para los medicamentos con receta y de venta libre.

c. **Limitaciones para la actividad física:** sea lo más específico posible e incluya las fechas de las limitaciones según corresponda. Se debe especificar cualquier limitación para las excursiones. Indique cualquier consideración especial, como evitar la exposición al sol o a los alérgenos. Se deben indicar las posibles reacciones graves a las picaduras de insectos. Se deben indicar las consideraciones especiales para los bebés, como dormir únicamente de espalda.

d. **Equipos especiales:** especifique si el menor usa lentes, aparatos de ortodoncia, aparatos ortopédicos u otros equipos especiales. Los menores con necesidades de equipos complejos deben tener un plan de cuidados.

e. **Alergias y sensibilidades:** los menores que sufren alergias potencialmente mortales deben tener un plan de cuidados especiales. Se deben indicar las reacciones alérgicas graves a animales y alimentos (sibilancia, etc.). Se pueden obtener planes de acción contra el asma pediátrica de la Coalición contra el Asma Pediátrica de Nueva Jersey (The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey) en www.pacnj.org o por teléfono al 908-687-9340.

f. **Diets especiales:** se debe incluir cualquier dieta especial o suplemento con indicación médica. Se debe especificar la lactancia materna exclusiva.

g. **Problemas de conducta y salud mental:** especifique cualquier problema de conducta o diagnóstico de salud mental significativo, como autismo, retención de la respiración o TDAH.

h. **Planes de emergencia:** puede requerir un plan de cuidados especiales si las intervenciones son complejas. Especifique las señales y los síntomas a los que se debe prestar atención. Utilice lenguaje simple y evite el uso términos médicos complejos.

4. **Control:** esta sección es necesaria para la escuela, el programa WIC, el programa Head Start, los entornos de cuidado infantil y otros programas. Puede brindar información valiosa para que el personal de salud pública realice un seguimiento de la salud del menor. Ingrese la fecha en que se llevó a cabo el análisis. Indique si el análisis fue anormal o coloque una "N" si fue normal.

- Para la detección de plomo, especifique si la muestra de sangre fue capilar o venosa y el valor del análisis realizado.
- Para la prueba de tuberculina (PPD), ingrese los milímetros de induración, y la fecha indicada debe ser la fecha de interpretación. Si se realizó una radiografía de tórax, registre los resultados.
- En las escuelas públicas, los controles de escoliosis se realizan cada dos años a partir de los diez años.

Este formulario se puede utilizar como autorización para deportes o actividades de educación física. Como tal, marque la casilla arriba de la línea de firma y realice cualquier comentario oportuno en el recuadro Limitaciones para la actividad física

5. Firme el formulario y coloque la fecha en que se completó (indique la fecha del examen, si es diferente)

- Escriba el nombre del proveedor de atención médica
- Coloque el sello con el nombre, la dirección y el número de teléfono del centro de atención médica

REGISTRO DE SALUD UNIVERSAL INFANTIL

Avalado por *Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics), New Jersey Chapter, Academia de Médicos de Familia de Nueva Jersey (New Jersey Academy of Family Physicians)*
Departamento de Salud de Nueva Jersey

SECCIÓN I: LA DEBEN COMPLETAR LOS PADRES

Nombre del niño(a) (Apellido) (Nombre)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento
¿Tiene el menor seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguro médico del menor		
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono fijo	Número de teléfono del trabajo o celular
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono fijo	Número de teléfono del trabajo o celular
Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo(a) y al proveedor de cuidado infantil o al personal de enfermería de la escuela a analizar la información de este formulario.		
Firma y fecha	Este formulario se puede revelar al Programa para Mujeres Bebés y Niños (Women, Infants and Children WIC) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN II: LA DEBE COMPLETAR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Fecha del examen físico	¿Son normales los resultados del examen físico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anomalías observadas	Peso (debe tomarse dentro de los 30 días para el WIC) Estatura (debe tomarse dentro de los 30 días para el WIC) Perímetro cefálico (si es <2 años) Presión arterial (si es ≥3 años)

VACUNAS

- Libreta de vacunación adjunta
 Fecha en la que corresponde la próxima vacunación

AFECCIONES MÉDICAS

Afecciones médicas crónicas y cirugías relacionadas • Especifique las afecciones médicas o problemas quirúrgicos actuales	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Medicamentos y tratamientos • Especifique los medicamentos y los tratamientos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Limitaciones para la actividad física • Especifique las limitaciones y las consideraciones especiales	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Necesidades de equipos especiales • Especifique los elementos necesarios para las actividades diarias	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Alergias y sensibilidades • Especifique las alergias	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Dieta especial y suplementos de vitaminas y minerales • Especifique los detalles de la dieta	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Problemas conductuales y diagnóstico de salud mental • Especifique los problemas y las inquietudes de conducta y salud mental	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Planes de emergencia • Especifique el plan de emergencia que podría ser necesario y las señales y los síntomas a los que se debe prestar atención	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios

CONTROLES PREVENTIVOS DE SALUD

Tipo de control	Fecha de realización	Valor obtenido	Tipo de control	Fecha de realización	Indique si es anormal
Hgb/Hct			Audición		
Piomo: <input type="checkbox"/> Capilar <input type="checkbox"/> Venosa			Visión		
TB (mm de induración)			Dental		
Otro			Desarrollo		
Otro			Escoliosis		

Examiné al estudiante antes mencionado y revise su historia clínica. Considero que, desde el punto de vista médico, es capaz de participar por completo en todas las actividades escolares y de cuidado infantil, lo que incluye educación física y deportes de contacto competitivos, salvo que se indique lo contrario más arriba.

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de imprenta)	Sello del proveedor de atención médica
Firma y fecha	

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional) FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis
 Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione las padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todas las medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de las días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6.	¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7.	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8.	¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9.	Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10.	¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		No está seguro/a	Sí	No	
11.	¿Algún miembro de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?				
12.	¿Algún miembro de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?				
13.	¿Algún miembro de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?				
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES				Sí	No
14.	¿Algún vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?				
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le cause molestia?				
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS				Sí	No
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?				
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?				
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?				
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?				

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)				Sí	No
20.	¿Algún vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?				
21.	¿Algún vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?				
22.	¿Algún vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?				
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a			
24.	¿Algún vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?				
25.	¿Le preocupa su peso?				
26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?				
27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?				
28.	¿Algún vez sufrió un desorden alimenticio?				
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL		N/A	Sí	No	
29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?				
30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?				
31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?				
32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?				

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance) PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4-Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart* <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

Preparticipation Physical Evaluation Medical Eligibility Form

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to school. It should be kept on file with the student's school health record.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of
- Medically eligible for certain sports
- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have reviewed the history form and examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings- are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Signature of physician, APN, PA _____

Date: _____

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____

Shared Health Information

Allergies _____

Medications:

Other information: _____

Emergency Contacts: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

*This form has been modified to meet the statutes set forth by New Jersey.

Departamento de Salud de Nueva Jersey
REQUISITOS DE VACUNACIÓN MÍNIMOS PARA ASISTIR A LAS ESCUELAS EN NUEVA JERSEY
N.J.A.C., artículo 8:57-4: VACUNACIÓN DE ESTUDIANTES EN LA ESCUELA

Enfermedad(es)	Cumple con los requisitos de vacunación	Comentarios
DTaP//DTP	<p>De 1 a 6 años: 4 dosis, con una dosis administrada después del cuarto cumpleaños, O 5 dosis cualesquiera.</p> <p>De 7 a 9 años: 3 dosis de Td o cualquier combinación administrada previamente de DTP, DTaP y DT para igualar las 3 dosis.</p>	<p>Cualquier niño que entre a preescolar o prekínder deberá tener un mínimo de 4 dosis. Se necesita una dosis de refuerzo después del cuarto cumpleaños para poder cumplir con los requisitos de asistencia a jardín de infantes. Los estudiantes mayores de 7 años deberán recibir la vacuna Td para adultos. Tenga en cuenta que no hay una prueba de valor aceptable para la tos ferina.</p>
Tdap	<p>6.º grado (o un nivel de edad comparable para los programas de educación especial): 1 dosis</p>	<p>Para los estudiantes que ingresan a 6.º grado después del 1 de septiembre de 2008 y que nacieron después 1 de enero de 1997. No es obligatorio que un niño tenga la dosis de Tdap hasta CINCO años después de la última dosis de DTP/DTaP o Td.</p>
Poliomielitis	<p>De 1 a 6 años: 3 dosis, con una dosis administrada después del cuarto cumpleaños, O 4 dosis cualesquiera.</p> <p>Mayores de 7 años: 3 dosis cualesquiera</p>	<p>Cualquier niño que ingrese a preescolar o prekínder deberá tener un mínimo de 3 dosis. Se necesita una dosis de refuerzo después del cuarto cumpleaños para poder cumplir con los requisitos de asistencia a jardín de infantes. Se acepta la vacuna contra la poliomielitis inactivada (IPV) o la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) por separado o en conjunto. La vacuna contra la poliomielitis no es obligatoria para los estudiantes mayores de 18 años.*</p>
Sarampión	<p>Si el estudiante nació antes del 1 de enero de 1990, necesitará 1 dosis de la vacuna contra el sarampión después de cumplir un año.</p> <p>Si el estudiante nació después del 1 de enero de 1990, necesitará 2 dosis de la vacuna contra el sarampión después de cumplir un año.</p>	<p>Cualquier niño mayor de 15 meses que ingrese a un entorno de cuidado infantil, preescolar o prekínder deberá tener al menos 1 dosis de la vacuna contra el sarampión. Cualquier niño que ingrese a jardín de infantes deberá tener 2 dosis. Los intervalos entre la primera y la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión no pueden ser menores a 1 mes. Se acepta evidencia de inmunidad de un laboratorio.**</p>
Rubéola y paperas	<p>1 dosis de la vacuna contra las paperas después de cumplir un año.</p> <p>1 dosis de la vacuna contra la rubéola después de cumplir un año.</p>	<p>Cualquier niño mayor de 15 meses que ingrese a un entorno de cuidado infantil, preescolar o prekínder deberá tener al menos 1 dosis de la vacuna contra la rubéola y las paperas. Cualquier niño que ingrese a jardín de infantes deberá tener 1 dosis de cada una. Se acepta evidencia de inmunidad de un laboratorio. **</p>
Varicela	<p>1 dosis después de cumplir un año</p>	<p>Todos los niños mayores de 19 meses inscritos en un entorno de cuidado infantil o centro preescolar después del 1 de septiembre de 2004 o los niños nacidos después del 1 de enero de 1998 que ingresen a la escuela por primera vez en jardín de infantes o 1.º grado deberán tener 1 dosis de la vacuna contra la varicela. Se acepta evidencia de inmunidad de un laboratorio y la declaración del médico o de los padres de que el menor ya tuvo varicela.</p>
Haemophilus influenzae B (Hib)	<p>De 2 a 11 meses: 2 dosis</p> <p>De 12 a 59 meses: 1 dosis</p>	<p>Obligatorio solo para los niños inscritos en un entorno de cuidado infantil, preescolar o prekínder. se necesita un mínimo de 2 dosis de la vacuna contra el Hib entre los 2 y 11 meses. Se necesita un mínimo de 1 dosis de la vacuna contra el Hib después de cumplir un año. ***</p>
Hepatitis B	<p>Desde jardín de infantes hasta 12.º grado: 3 dosis o</p> <p>De 11 a 15 años: 2 dosis</p>	<p>Si un menor tiene entre 11 y 15 años y no ha recibido 3 dosis previas de la vacuna contra la hepatitis B, será elegible para recibir la fórmula para adolescentes de hepatitis B de 2 dosis.</p>
Neumococo	<p>De 2 a 11 meses: 2 dosis</p> <p>De 12 a 59 meses: 1 dosis</p>	<p>Obligatorio solo para los niños inscritos en un entorno de cuidado infantil, preescolar o prekínder: se necesita un mínimo de 2 dosis de la vacuna conjugada contra el neumococo entre los 2 y 11 meses. Se necesita un mínimo de 1 dosis de la vacuna conjugada contra el neumococo después de cumplir un año.***</p>
Meningitis	<p>Al ingresar a 6.º grado (o un nivel de edad comparable para los programas de educación especial): 1 dosis</p>	<p>Para los estudiantes que ingresan a 6.º grado después del 1 de septiembre de 2008 y que nacieron después 1 de enero de 1997 *** Esto se aplica a los estudiantes cuando cumplen 11 años y asisten a 6.º grado.</p>
Influenza	<p>De 6 a 59 meses: 1 dosis al año</p>	<p>Para los niños inscritos en un entorno de cuidado infantil, preescolar o prekínder después del 1 de septiembre de 2008. Debe administrarse 1 dosis entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de cada año. Los estudiantes que ingresen a la escuela después del 31 de diciembre hasta el 31 de marzo deberán recibir 1 dosis, ya que es temporada de influenza durante ese momento del año.</p>

**REQUISITOS DE VACUNACIÓN MÍNIMOS PARA ASISTIR A LAS ESCUELAS EN NUEVA JERSEY,
N.J.A.C., artículo 8:57-4: VACUNACIÓN DE ESTUDIANTES EN LA ESCUELA**

***Nota al pie de página:** El requisito de recibir una dosis de refuerzo de DTP o DTaP para ingresar a la escuela después del cuarto cumpleaños del menor no se aplicará a los menores mientras estén en centros de cuidado infantil o clases o programas de preescolar o prekínder.

El requisito de recibir una dosis de refuerzo de OPV o IPV para ingresar a la escuela después del cuarto cumpleaños del menor no se aplicará a los menores mientras estén en centros de cuidado infantil o clases o programas de preescolar o prekínder.

**** Nota al pie de página:** Ley de valor de anticuerpos (Ley de Holly): esta ley especifica que se acepta una prueba de valor que demuestre inmunidad en lugar de recibir la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión. Las pruebas utilizadas para documentar la inmunidad deben tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para este fin y las debe llevar a cabo un laboratorio que esté certificado por CLIA.

***** Nota al pie de página:** Actualmente no existen pruebas de inmunidad aceptables para la Haemophilus Influenzae tipo B, el neumococo y la meningitis.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Las vacunas específicas y la cantidad de dosis requeridas tienen el objetivo de establecer los requisitos de vacunación mínimos para ingresar o asistir a los centros de cuidado infantil, los preescolares o las escuelas de Nueva Jersey. Estos intervalos no se basan en el tiempo asignado para recibir las vacunas. Los intervalos indican las dosis de vacunas necesarias a la edad más temprana al momento de ingresar a la escuela. El departamento recomienda las vacunas adicionales, las dosis de las vacunas y el intervalo entre las dosis de las vacunas de conformidad con las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), según las revisiones periódicas, para una protección óptima y se pueden administrar otras vacunas o dosis de vacunas, aunque no son obligatorias para asistir a la escuela, a menos que se especifique lo contrario.

La evidencia serológica de inmunidad (prueba de valor) solo se acepta como prueba de inmunidad cuando no se puede brindar la documentación de vacunación o el historial previo es cuestionable. No puede utilizarse para reemplazar la administración de las vacunas recomendadas completas.

Admisión provisional:

La admisión provisional le permite a un menor ingresar o asistir a la escuela después de haber recibido el mínimo de una dosis de cada una de las vacunas requeridas. Los estudiantes deben estar en el proceso activo de completar las dosis. Los estudiantes menores de 5 años deben recibir las vacunas obligatorias en un plazo de 17 meses de conformidad con el cronograma recomendado de intervalos de vacunación mínimos del ACIP. Los estudiantes mayores de 5 años deben recibir las vacunas obligatorias en un plazo de 12 meses de conformidad con el cronograma recomendado de intervalos de vacunación mínimos del ACIP.

Períodos de gracia:

- **Periodo de gracia de 4 días:** Todas las dosis de vacunas que se hayan administrado como máximo cuatro días antes de la edad mínima especificada o el intervalo de espacio entre dosis se contarán como válidas y no se requerirá la administración de la vacuna de nuevo para ingresar o permanecer en la escuela, el preescolar o el centro de cuidado infantil.
- **Periodo de gracia de 30 días:** Los menores que se trasladen a una escuela, preescolar o centro de cuidado infantil de Nueva Jersey que vengan de otro estado o país tendrán un periodo de gracia de 30 días para obtener los documentos de vacunaciones anteriores antes de que comience el estado provisional.